

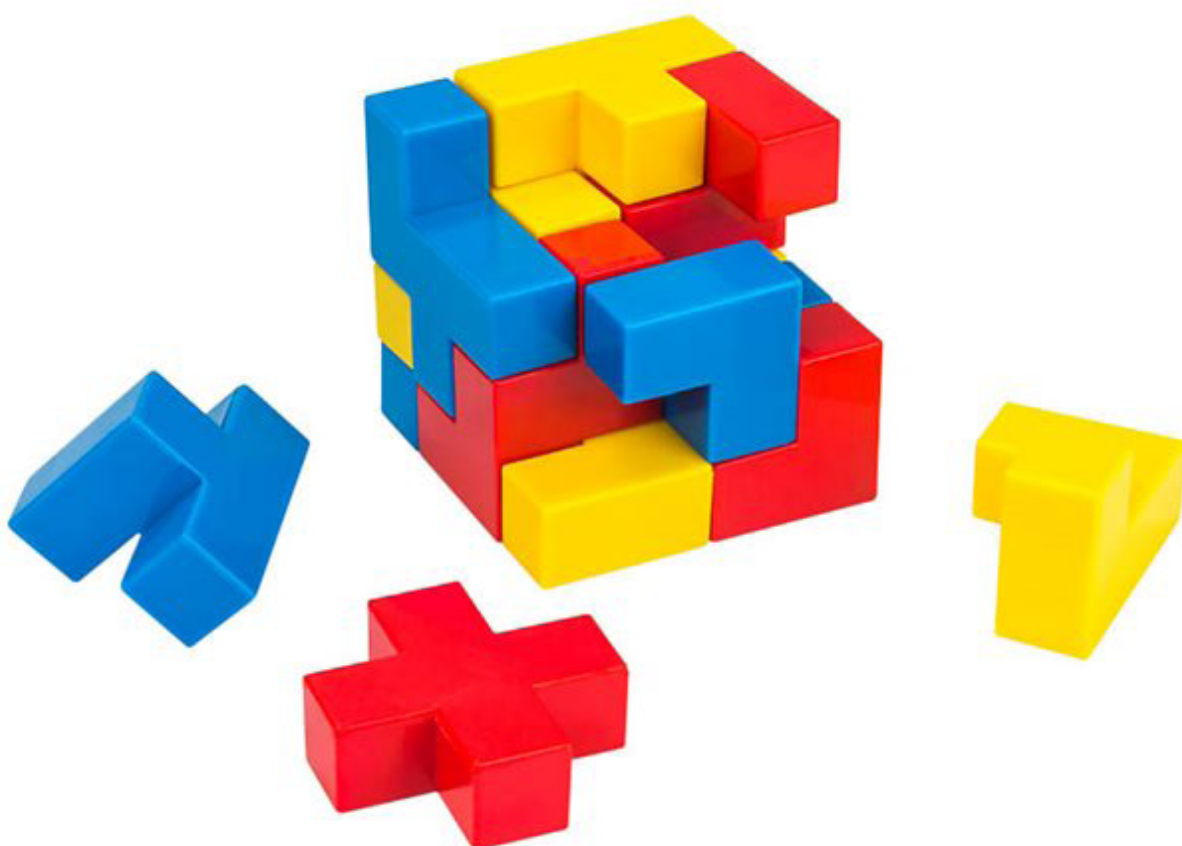


JAN VAN ES INSTITUUT

Nieuwe bekostigingsmodel eerstelijnszorg
Organisch veranderen op weg naar een (r)evolutie

P.P. Valentijn, MSc en M.A. Bruijnzeels, PhD

position paper, november 2014





Inhoud

Voorwoord.....	3
Samenvatting.....	4
Analyse van het nieuwe bekostigingsmodel.....	4
Doorontwikkeling van het hele bekostigingsmodel.....	4
Slimme vervolgstappen voor segment 2.....	4
Conclusie.....	5
Inleiding.....	6
Theoretische lenzen.....	7
Het wondermiddel van de eerstelijnszorg.....	7
De menselijke maat: een brede blik op gezondheid.....	8
Virtueel sturingsmechanisme.....	10
Schaalvergroting en eerstelijnszorg.....	11
Optimale schaal en ordening.....	13
Analyse van het nieuwe bekostigingsmodel.....	15
Doorontwikkeling van de drie segmenten van het nieuwe bekostigingsmodel.....	19
Segment 1: De verkokerde aansturing van een interdisciplinair team.....	19
Segment 2: Zonder lokaal maatwerk géén eerstelijns dreamteam.....	19
Segment 3: Stimuleer de mens- en populatiegerichte waardeketen.....	20
Op weg naar een slimme financiering voor segment 2.....	21
Schaalgrootte: It takes a Village.....	21
Vinger aan de pols voor succes.....	25
Wie moet leiden of lijden?.....	27
Ontwikkelstrategie.....	28
Conclusies en aanbevelingen.....	30
Literatuur.....	31
Bijlagen.....	32
A Totstandkoming nieuwe bekostigingsmodel.....	32
B Eerstelijns Maturity Model (EMM).....	33

Integrale overname van deze position paper is niet toegestaan. Verwijzen naar de position paper op de website van het Jan van Es Instituut is accoord, mits dit is gemeld (vooraf of achteraf) aan het Jan van Es Instituut.



Voorwoord

De eerstelijnszorg staat in het middelpunt van de politieke en maatschappelijke belangstelling. Hoe de organisatiekracht van de eerstelijnszorg in de toekomst verder gestimuleerd kan worden is een belangrijke economische en maatschappelijke kwestie.

Het Jan van Es Instituut (JVEI) is het kennisinstituut voor organisatievraagstukken in de eerstelijnszorg. Wij doen onderzoek en ontwikkelen instrumenten voor de organisatiekracht van eerstelijnsorganisaties.

De aanleiding voor dit position paper is het nieuwe financieringsmodel voor de eerstelijnszorg. Het JVEI geeft in dit paper haar visie op de uitdaging die de eerstelijnszorg te wachten staat en de stimuleringsmaatregelen die nodig zijn om de doelstelling, om de integrale basiszorg dichterbij de burger te brengen, te realiseren.

Wij wensen u veel leesplezier toe.

Marc Bruijnzeels en Pim Valentijn



Samenvatting

Om de maatschappelijke functie van de eerstelijnszorg te versterken is meer samenwerking tussen de verschillende disciplines nodig, de zorg moet beter gecoördineerd worden en er moet toegewerkt worden naar een populatiegerichte aanpak. Het nieuwe bekostigingsmodel van de eerstelijnszorg is gebaseerd op deze kernprincipes. Maar stimuleert het nieuwe bekostigingsmodel die gewenste richting wel voldoende?

Analyse van het nieuwe bekostigingsmodel

In eerste aanleg stond bij de totstandkoming van het nieuwe bekostigingsmodel de brede populatiegerichte eerstelijnszorg centraal. Daar is in de praktijk nog maar weinig van terug te vinden door de corporatistische manier waarop die tot stand is gekomen. In segment 1 van het bekostigingsmodel overheerst een 'smalle' taakopvatting van de huisartsenzorg. En in segment 2 zijn weinig aanmoedigingen te vinden die een brede integrale functies van de eerstelijnszorg stimuleren. De basis, bestaande uit het abonnementstarief in segment 1 en de vrije ruimte voor maatwerkafspraken in segment 2 en 3, maakt het nieuwe bekostigingsmodel wel een kansrijk groeiemodel voor de toekomst.

Doorontwikkeling van het hele bekostigingsmodel

Om de samenwerking in segment 2 tot stand te laten komen, moet in de bekostigingssystematiek in segment 1 ruimte worden geboden aan andere eerstelijns kerndisciplines naast de huisarts. Voor de verdere ontwikkeling van segment 2 is het van belang dat prestatieopslagen worden gekoppeld aan de populatiecomplexiteit en de lokale organisatieontwikkeling. Daarbij is het, om overlap te voorkomen, van belang dat de prestatie-opslagen die gericht zijn op de doelmatigheid en effectiviteit in segment 3, goed worden afgestemd op segment 2.

Slimme vervolgstappen voor segment 2

Op basis van de populatiecomplexiteit en al aanwezige organisatieontwikkeling kan lokaal en regionaal de optimale mix van 'economies of scale and scope' worden gestimuleerd via afspraken en prestatieopslagen op maat. Maar daarbij is het van doorslaggevend belang dat die populatiecomplexiteit en organisatieontwikkeling objectief kunnen worden vastgesteld. Het Adjusted Clinical Groups (ACG) case-mix systeem biedt een wetenschappelijke basis om lokaal en regionaal een *populatiecomplexiteit index* vast te stellen. En het Eerstelijns Maturity Model (EMM) biedt een wetenschappelijke basis om een *organisatieontwikkeling index* vast te stellen. Daarmee kan op lokaal en regionaal niveau worden bepaald hoe effectief de genomen stimuleringsmaatregelen zijn. Aangezien de professionals al een natuurlijke machtsbasis hebben en ook primair verantwoordelijk zijn voor de lokale organisatie van zorg, dient dit type '*professioneel leiderschap*' gestimuleerd te worden. Bij goede of verbeterde interdisciplinaire samenwerking kunnen de prestatieopslagen in segment 2 dan ook als bonus worden uitgekeerd aan meerdere betrokken eerstelijns disciplines.



Samenvatting

Conclusie

Het nieuwe bekostigingsmodel is een kansrijk groeimodel om op de lange termijn de doelstelling van een populatiegerichte geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg waar te maken. De integrale functies van de eerstelijnszorg kunnen alleen gerealiseerd worden als er ruimte wordt geboden aan lokaal maatwerk. Bovendien moet dit lokale maatwerk gebaseerd zijn op een objectief beeld van de lokale populatiecomplexiteit (bijvoorbeeld via Adjusted Clinical Groups) en organisatiegraad (bijvoorbeeld via het Eerstelijns Maturity Model). Zonder functionele randvoorwaarden zal de populatiegerichte geïntegreerde eerstelijnszorg een beleidsmatige ambitie blijven. Op lokaal niveau moet er voldoende tijd en ruimte worden geboden aan de veldpartijen om de nodige vormen van geïntegreerde zorg uit te voeren. De veldpartijen moeten daarbij wel rekenschap af leggen voor het al dan niet halen van structuur-, proces- en uitkomstafspraken. Bovendien zijn systematische monitoring en benchmarking belangrijke kennisbevorderende activiteiten om lokale doelstellingen te verwezenlijken.



Inleiding

Om de zorg toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit te houden is het belangrijk om in te zetten op een populatiegerichte geïntegreerde eerstelijnszorg. Een dergelijke eerstelijnszorg, waarin de verschillende professionals, zoals huisartsen, apothekers, wijkverpleegkundigen en paramedici goed met elkaar samenwerken en van waaruit verbindingen worden gelegd naar de gemeenten, GGD'en en ziekenhuizen, staat dan ook hoog op de politieke agenda. Maar de Nederlandse eerstelijnszorg is nu georganiseerd volgens de principes van het monodisciplinaire kleinbedrijf, waarbij iedere deelnemer zijn eigen financiering regelt en zijn eigen schaal van opereren hanteert. Door deze versnippering is het moeilijk om tot samenwerking te komen [1]. De horizontale afstemming tussen de eerstelijnszorgverleners en de verticale afstemming met de tweedelijnszorgverleners is een zwak punt in het zorgsysteem. Om de maatschappelijke functie van de eerstelijnszorg te versterken is meer samenwerking tussen de verschillende disciplines, meer zorgcoördinatie en een populatiegerichte aanpak nodig. Het nieuwe bekostigingsmodel van de eerstelijnszorg is gebaseerd op deze kernprincipes. De nieuwe bekostigingssystematiek heeft als doel om de hervormingen rond de chronische zorgprogramma's verder te ontwikkelen tot een generieke organisatie van eerstelijnszorg voor de hele populatie. Maar stimuleert het nieuw bekostigingsmodel de gewenste richting wel voldoende? In dit position paper staat de volgende vraag centraal:

In hoeverre stimuleert het nieuwe bekostigingsmodel de gewenste populatiegerichte geïntegreerde eerstelijnszorg en welke stappen zijn nodig om die te realiseren?

De functie van dit position paper is om vanuit de contouren van het nieuwe bekostigingsmodel aanbevelingen te geven voor vervolgstappen in de richting van een populatiegerichte geïntegreerde eerstelijnszorg. We spitsen onze analyse en aanbevelingen toe op het *multidisciplinaire zorgsegment* in het nieuwe bekostigingsmodel. De theorieën van de eerstelijnszorg en geïntegreerde zorg vormen daarbij de lenzen waardoor we het nieuwe bekostigingsmodel aandachtig bekijken.

Dit position paper is nadrukkelijk bedoeld als discussiestuk voor beleidsmakers, wetenschappers en mensen uit de praktijk om daarmee de breed gedragen ambities rondom de populatiegerichte geïntegreerde eerstelijnszorg verder vorm te geven. De aanbevelingen zijn bedoeld als basis om de zorginkoop en het kwaliteitstoezicht beter te laten functioneren.

De reikwijdte van dit paper beperkt zich tot de operationele uitwerking van het nieuwe bekostigingsmodel. Hoewel de segmentatie van bijvoorbeeld het budgettaire kader zorg (BKZ) een belangrijke barrière is om tot integratie van zorg te komen en mede oorzaak is van de huidige verkokering, zullen we geen bijzondere aandacht besteden aan de financiering op macroniveau.



Theoretische lenzen

In dit hoofdstuk zullen we eerst ingaan op de theoretische uitgangspunten en vervolgens op de kenmerken van de eerstelijnszorg en de geïntegreerde zorg. Aan de hand van deze uitgangspunten zal in hoofdstuk 3 het nieuwe bekostigingsmodel worden toegelicht.

Het wondermiddel van de eerstelijnszorg

De eerstelijnszorg draagt in belangrijke mate bij aan de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg [2]. In de praktijk wordt het begrip eerstelijnszorg echter ten onrechte gelijkgesteld aan huisartsenzorg. Maar naast huisartsenzorg, zijn ook verpleegkundige zorg, algemeen maatschappelijk werk en eventueel psychologische zorg belangrijke kerndisciplines binnen die eerstelijnszorg [3]. Hoewel de huisarts van oudsher een belangrijke spilfunctie heeft in de eerstelijnszorg is de effectiviteit van het systeem niet alleen aan hem of haar toe te schrijven. De effectiviteit van het systeem wordt immers bepaald door de functies die het vervult: laagdrempelige opvang bij nieuwe gezondheidsproblemen, een breed aanbod, continue persoonsgerichte zorg en coördinatie van zorg [4]. Daarnaast is het equity principe een belangrijk uitgangspunt, namelijk dat iedereen in beginsel gelijke kansen heeft op een zo goed mogelijke gezondheid. Voor het realiseren van een populatiegerichte geïntegreerde eerstelijnszorg is het dus belangrijk dat deze functies centraal staan en niet de disciplines.

Deze functies zijn dus het wondermiddel van de eerstelijnszorg. In de literatuur worden er smalle en brede functies omschreven onder de termen 'primary care' en 'primary health care' [5]. Dit leidt in de praktijk vaak tot een Babylonische spraakverwarring, omdat beide begrippen slechts op accenten van elkaar verschillen.

Meestal worden de volgende functies aangeduid met 'primary care' of eerstelijnszorg (EZ):

- De mensgerichte benadering
- De poortwachtersfunctie
- De continuïteit van zorg
- De coördinatie van zorg
- Het integrale aanbod van diensten

Deze functies sluiten nauw aan bij de ooit zo bedoelde huisartsengeneeskunde, gericht op een levenslange continuïteit van zorg en demedicalisering. Maar onder invloed van de 'evidence-based medicine' beweging is de taakopvatting van de huisarts sterk versmald. Deze verregaande biomedische oriëntatie staat daarbij op gespannen voet met de mensgerichte benadering. Voor de effectiviteit van dat systeem is het essentieel dat de zorg wordt uitgeoefend in teamverband, zoals de "godfathers van de huisartsgeneeskunde" (Buma, Huygen en Van Es) het formuleerden.

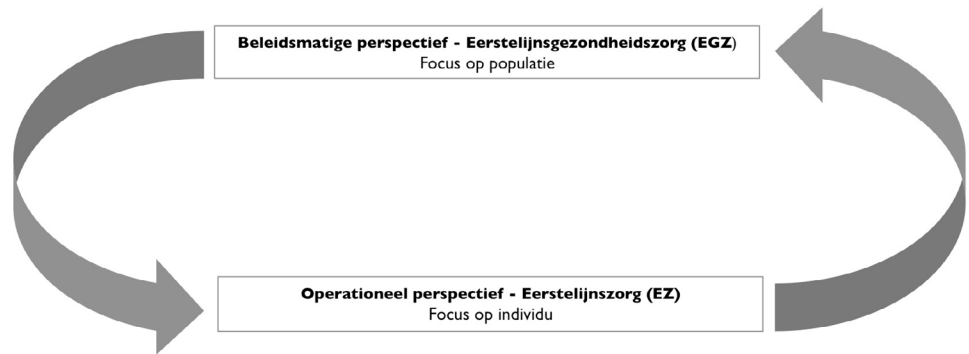


Theoretische lenzen

De volgende functies worden aan 'primary health care' of eerstelijnsgezondheidszorg (EGZ) toegeschreven:

- De populatiegerichte benadering
- De universele toegankelijkheid
- Het Equity beginsel
- De intersectorale en interdisciplinaire samenwerking
- Maatschappelijke participatie

Deze functies zijn gebaseerd op een (politieke) ideologie en het publieke gezondheidsbeleid. Ze zijn verankerd in een bredere, beleidsmatige, context waar de functies van de eerstelijnszorg (EZ) weer onderdeel van uitmaken. Zie figuur 1.



Figuur 1: Eerstelijnszorg voorbij de Babylonische spraakverwarring

Kenmerkend aan alle functies is dat ze complementair zijn aan de specialistische ziekenhuiszorg en dat ze bijdragen aan het, door de burger ervaren, vloeiende proces van zorg buiten de muren van een instelling [3, 6].

De menselijke maat: een brede blik op gezondheid

De functies die samen de eerstelijnszorg vormen, zijn gebaseerd op een brede blik op gezondheid. Deze 'expansionistische' kijk op gezondheid is terug te voeren op de focus op een mens- en populatiegerichte zorg. De huidige biomedische gerichtheid staat op gespannen voet met deze uitgangspunten. Beide uitgangspunten erkennen dat gezondheidsproblemen een dynamisch verband hebben met psychosociale en ecologische oorzaken. Door de bio-psychosociale-ecologische benadering van gezondheid ontstaat er een integrale benadering, die vele discipline, organisatorische en wettelijke kaders doorkruist. De vraag wordt dan ook niet: *hoe kunnen we de biomedische doelstellingen voor deze aandoening halen?*, maar *hoe kunnen we vanuit onze deskundigheid het best bijdragen aan de realisatie van de doelstellingen die de patiënt op dit moment formuleert [7]*? Dit vraagt om andere competenties van de betrokken zorgverleners en organisaties, zoals bijvoorbeeld: kunnen



Theoretische lenzen

redeneren vanuit gezondheid en waarden, kunnen samenwerken buiten disciplinaire en institutionele kaders, bewustzijn van eigen grenzen wat betreft expertise, een preventie blik en netwerkvaardigheden. Onderzoek laat echter zien dat iedere betrokken actor (patiënt, professionals, zorgverzekeraar, beleidsmaker etc.) zijn eigen perspectief heeft op gezondheid [8]. Het feit dat de uitgangspunten van de betrokken actoren van elkaar verschillen maakt het extra ingewikkeld om de integrale functies van de eerstelijnszorg te realiseren. De uitgangspunten van de brede (EGZ) en smalle (EZ) eerstelijnszorg lopen daarbij voortdurend door elkaar heen. In dit verband spreken we over de mens- en populatiegerichte waardeketen: het totaal aan activiteiten en diensten die gericht zijn op het maximaliseren van de gezondheid van mensen op microniveau en de gezondheid van populaties op meso- en macroniveau. Hierbij heeft de som van alle activiteiten en diensten (de integraliteit)¹ een grotere toegevoegde waarde dan elk onderdeel afzonderlijk. Zowel vanuit de individuele bottom-up als vanuit een populatiegerichte top-down benadering is het belangrijk dat de inrichting van de waardeketen is afgestemd op de behoefte die er is. De mens- en populatiegerichte benadering is gebaseerd op een bio-psychosociaal-ecologisch model van gezondheid en daarom vraagt de inrichting van de waardeketen een organische spiraalvormige ontwikkelingsbenadering in plaats van een lineair of Tayloriaans model. De mens- en populatiegerichte waardeketen kan namelijk alleen gerealiseerd worden als er sprake is van een gelijkwaardige horizontale afstemming binnen de eerstelijnszorg en een verticale afstemming met de specialistische zorg.

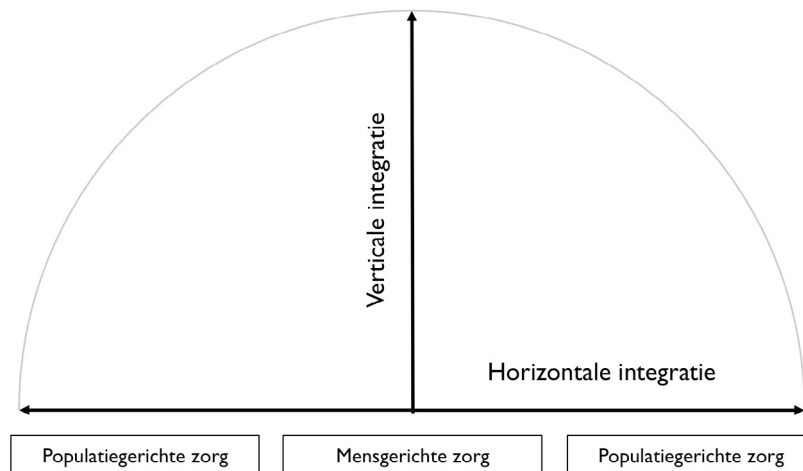
¹ De termen integrale en geïntegreerde zorg zijn twee verschillende begrippen. Integrale zorg duidt op een mensgericht veelomvattend generalistisch aanbod gericht op meerdere dimensies van gezondheid. In principe kan een integrale dienst worden aangeboden door één functionaris, bijvoorbeeld een huisarts. Geïntegreerde zorg duidt op de afstemming 'achter de schermen' om integrale zorg aan een individuele cliënt of populatie te realiseren. Om dit te realiseren is afstemming nodig tussen meerdere betrokken professionals en organisaties uit verschillende echelons .



Theoretische lenzen

Virtueel sturingsmechanisme

Het realiseren van een mens- en populatiegerichte waardeketen vraagt om een simultane horizontale en verticale integratie, zie figuur 2. Ze worden vaak gebruikt als een virtueel aanstuuringsmechanisme om geïntegreerde zorg in de praktijk te verwezenlijken.



Gebaseerd op Valentijn et al (2013) [9]

Figuur 2: Horizontale en verticale integratie

De verticale sturingsmechanismen zijn gebaseerd op de principes van de echelonnering of trapsgewijze gezondheidszorg, waarbij vanuit de eerstelijnszorg wordt doorverwezen naar specialistische zorg. Dit aanstuuringsmechanisme kent een ziektespecifieke oriëntatie (bijv. ketenzorg). De horizontale sturingsmechanismen zijn gebaseerd op intersectorale gelijkwaardigheid, waarbij eerstelijnszorgverleners met elkaar tot afstemming komen (bijv. een wijkgerichte benadering). Bij een complexe zorgvraag zijn beide sturingsmechanismen van belang: de patiënt zal in eerste instantie horizontaal worden doorverwezen, bijvoorbeeld van huisarts naar verpleegkundige, naar fysiotherapeut of naar diëtist, maar vervolgens op sommige momenten ook verticaal (voor specialistisch onderzoek) [10]. Ondanks het gegeven dat de mens- en populatiegerichte waardeketen een virtuele spiraalvorm van zowel horizontale als verticale integratiemechanismen vraagt, is het wel van belang dat de horizontale en verticale sturingsmechanismen van elkaar kunnen worden onderscheiden. Deze aanstuuringsmechanismen zijn namelijk gebaseerd op verschillende uitgangspunten en veranderstrategieën. De verticale aanstuuringsmechanismen zijn gebaseerd op Angelsaksische efficiency en standaardisatie principes, terwijl de horizontale aanstuuringsmechanismen steunen op de Rijnlandse, corporatistische, uitgangspunten van gelijkwaardigheid en ambachtelijkheid. De heterogene en dynamische context van de

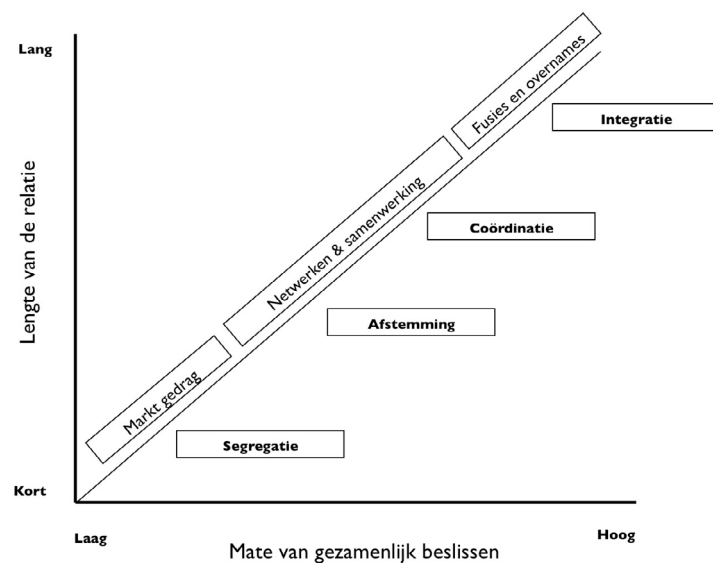


Theoretische lenzen

eerstelijnszorg vraagt om een goede balans tussen beide aansturingmechanismen. Het huidige debat verengt zich tot een tweedeling van ketenzorg (verticaal) versus wijkgerichte zorg (horizontaal), terwijl de mens- en populatiegerichte waardeketen juist vraagt om een organische ontwikkelingsbenadering en samenhang der dingen. De financiering van de eerstelijnszorg doet echter het omgekeerde. De gemengde financieringsvormen (abonnementstarief, keten DBC's, GEZ, M&I) stimuleren verschillende en tegengestelde uitgangspunten en dat leidt tot fragmentatie [11-13].

Schaalvergroting en eerstelijnszorg

Hoe effectief de horizontale en verticale aansturingmechanismen zijn hangt af van de schaalgrootte waarop ze worden georganiseerd. De optimale schaalgrootte is geen vaststaand gegeven en die kan door verschillende factoren worden bepaald. We kunnen vanuit verschillende perspectieven naar het begrip 'schaal' kijken, namelijk met een juridische blik of een economische, zorginhoudelijke en organisatorische, maar ook met een geografische of logistieke. In de context van de eerstelijnszorg staat staatschaalvergroting bekend onder de naam 'integrated care' ofwel 'geïntegreerde zorg'. Schaalvergroting doet zich immers voor als er sprake is van een bepaalde mate van samenwerking tussen verschillende aanbieders. Vaak heeft men het dan over een ononderbroken lijn van zorg, een continuüm van integratie. Afhankelijk van de mate van samenwerking ontstaat er een opbouw, van segregatie naar afstemming, naar coördinatie en ten slotte naar volledige integratie. Zie figuur 2.



Gebaseerd op Valentijn et al (2013) [9]

Figuur 2: Continuüm van geïntegreerde zorg



Theoretische lenzen

Volgens de theorie van Williamson (invisible hand), bevindt zich op het laagste niveau van samenwerking, de 'segregatie', een marktsituatie waarin de prijs het gedrag van de betrokken personen en organisaties bepaalt. Die prijs wordt bepaald door vraag en aanbod en er vindt in deze situatie dus weinig tot geen gezamenlijke besluitvorming plaats. Aan het andere eind van het continuüm treffen we een volledig geïntegreerde situatie aan, met een hiërarchische top-down aansturing (visible hand). Op dit niveau vinden we langdurige relaties en intensieve gemeenschappelijke besluitvorming. Vaak wordt de prijs en het volume van de zorg bepaald door de grootste aanbieder, wat kenmerkend is voor monopolistisch gedrag. In het midden van het continuüm (coördinatie en afstemming) bevinden zich netwerkachtige organisatievormen. Omdat elke deelnemer in deze situatie autonoom blijft, ontstaan er soms ingewikkelde structuren met een onduidelijk machtscentrum. In deze mengvorm worden prijs en volume in onderhandeling met elkaar bepaald. Dat kan zowel in de vorm van samenwerking als competitie met elkaar gaan. Het draagvlak wordt vaak gevormd door kwetsbare informele relaties [9]. Vanuit de economische theorie bekeken, is vrije toetreding en concurrentie in de sterk gesegregeerde situatie gegarandeerd, maar in de geïntegreerde situatie veel lastiger. Om de mens- en populatiegerichte waardeketen vorm te geven biedt een zekere mate van integratie bepaalde voordelen op het gebied van kwaliteit en efficiëntie. Een kwaliteitsvoordeel is bijvoorbeeld dat er een integraal pakket aan diensten kan worden aangeboden (*economies of scope*) [14]. Voorbij een bepaald punt is deze vorm van schaalgrootte echter onwenselijk, omdat er dan een diseconomy of scope ontstaat [14]. Omdat dubbel werk daarmee voorkomen kan worden biedt een zekere mate van integratie daarnaast ook doelmatigheidsvoordelen (*economies of scale*). Ook hier geldt dat voorbij een bepaald punt van schaalvergroting de doelmatigheid afneemt door de kosten die de afstemming en coördinatie met zich mee kunnen brengen, de diseconomy of scale [15]. De ideale mate van schaalvergroting hangt af van de lokale situatie. Enerzijds is die afhankelijk van hoe complex de zorgvraag lokaal is en anderzijds van de al beschikbare voorzieningen. Dat de mate van integratie in de praktijk verschillende vormen en niveaus kan aannemen maakt het ingewikkelder [13, 16, 17]. Zie figuur 3. Zo herkennen we:

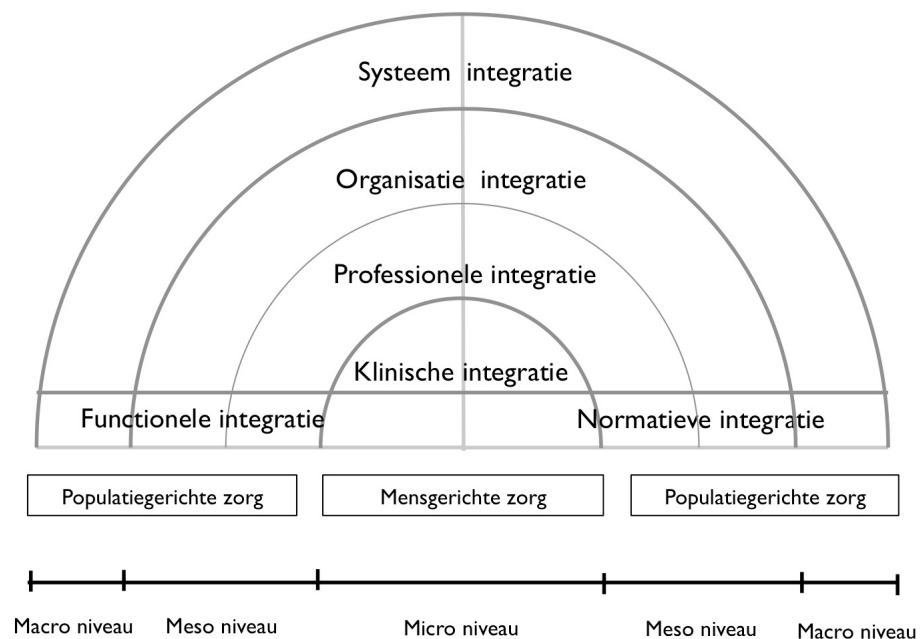
- *De klinische integratie*: Hierbij gaat het om de coördinatie van zorg op microniveau, in een enkel proces in tijd, plaats of discipline.
- *De professionele integratie*: Hierbij gaat het om samenwerking op mesoniveau, tussen professionals gebaseerd op gedeelde kennis, kunde, afspraken en verantwoordelijkheid met het doel een integraal aanbod te bieden aan de doelpopulatie.
- *De organisatie integratie*: Hierbij gaat het om samenwerking tussen organisaties op mesoniveau met als doel een integraal aanbod aan de doelpopulatie.
- *De systeem integratie*: Hierbij gaat het om de invloed op macroniveau van formele en informele regelgeving, die van invloed kan zijn op de afstemming tussen verschillende professionals en organisaties.



Theoretische lenzen

Om deze verschillende vormen van integratie zo te verwezenlijken dat ze passen bij de lokale behoefte moeten bepaalde functionele en sociaal-culturele ondersteunende randvoorwaarden zijn gewaarborgd. Deze randvoorwaarden worden aangeduid als functionele en normatieve integratie.

- *De functionele integratie:* Hierbij gaat het om de ondersteunende communicatiemechanismen en instrumenten (bijv. financiële-, informatie- en managementsystemen) die het besluitvormingsproces tussen de verschillende professionals en organisaties ondersteunen.
- *De normatieve integratie:* Hierbij gaat het om wederzijds respect voor de verschillende culturele referentiekaders van de betrokken professionals en organisaties die samen bijdragen aan het vormen van de mens- en populatiegerichte waardeketen.



Gebaseerd op Valentijn et al (2013) [9]

Figuur 3: Vormen en randvoorwaarden voor geïntegreerde zorg

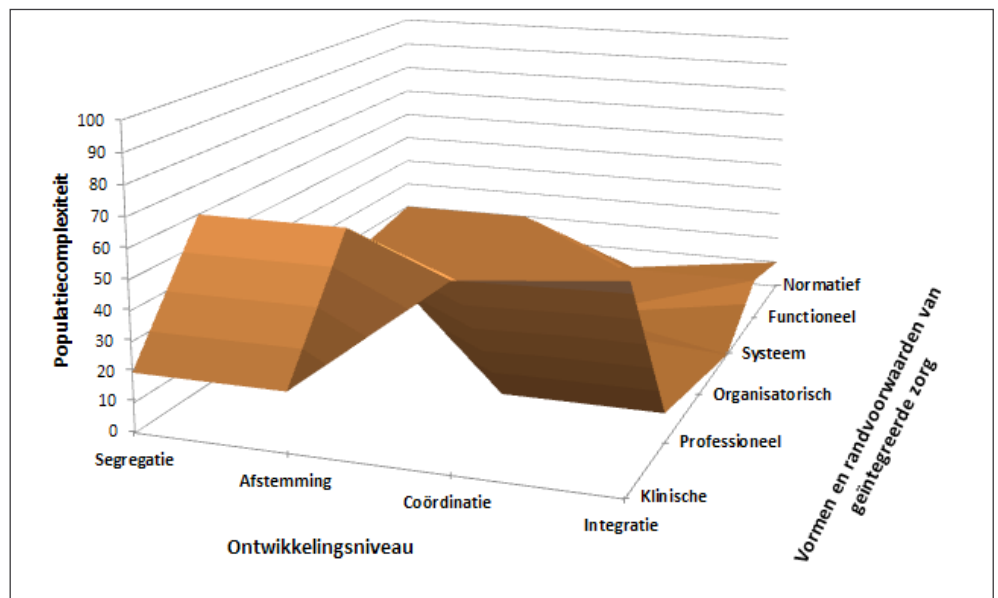
Optimale schaal en ordening

Er is veel onduidelijkheid over de vorm en schaalvergroting die nodig is om de integrale functies van de eerstelijnszorg in de praktijk te realiseren. Dat komt omdat de optimale schaalvergroting door meerdere factoren wordt bepaald: de populatiebehoefte, de geografische ligging (stad of platteland) en het al aanwezige aanbod van zorg, wat de financiering extra ingewikkeld maakt. Daarom is het niet mogelijk één multidisciplinaire



Theoretische lenzen

organisatorische blauwdruk te maken. De lokale populatiecomplexiteit en de al aanwezige schaal en vorm van geïntegreerde zorg zijn belangrijke punten van overweging bij het verder stimuleren en vormgeven van de verschillende vormen en ontwikkelingsniveaus van geïntegreerde zorg, zie figuur 4. Bij een hoge populatiecomplexiteit zijn de economies of scale en scope slechts te verwezenlijken door op lokaal niveau de verschillende vormen van zorg beter op elkaar af te stemmen.



In bovenstaand figuur zijn de verschillende ontwikkelniveau's, vormen en randvoorwaarden van geïntegreerde zorg samengebracht met de ziekte- en risicolast in de populatie, die wordt uitgedrukt als de populatiecomplexiteit. Deze figuur geeft grafisch weer dat de optimale vorm en schaal van geïntegreerde zorg wordt bepaald door die populatiecomplexiteit.

Figuur 4: Driedimensionale benadering vanuit een populatiegerichte waardeketen



Analyse van het nieuwe bekostigingsmodel

In dit hoofdstuk wordt nagegaan in hoeverre het nieuwe bekostigingsmodel de populatiegerichte geïntegreerde eerstelijnszorg stimuleert. Het nieuwe bekostigingsmodel zal worden bekeken vanuit het perspectief en de functies van de eerstelijnszorg en de geïntegreerde zorg zoals we die beschreven in hoofdstuk 2. Voor de analyse hebben we gebruik gemaakt van het regeerakkoord en de beleidsdocumenten van de NZa, LHV, Ineen en het ministerie van VWS die ten grondslag liggen aan dat nieuwe bekostigingsmodel (zie bijlage A). Tabel 1 geeft een overzicht van de analyse van het nieuwe 3-segmenten model. Uit de analyse kunnen de volgende conclusies getrokken worden:

- Een eerste aanzet tot een populatiegerichte benadering

Ondanks het gegeven dat de brede populatiegerichte eerstelijnszorg centraal stond in de achterliggende beleidsstukken, is dat in de huidige praktijk alleen nog terug te vinden in het abonnementstarief (en de wijkopslag) voor de huisartsenzorg in segment 1. Voor de segmenten 2 en 3 is populatiebekostiging een aantrekkelijke theoretische mogelijkheid, die in de praktijk echter moeilijk uit te voeren is. Dat komt omdat men het gedifferentieerd naar populatiekenmerken meten van, toekennen van en afrekenen op resultaten nog te ingewikkeld vindt. Als gevolg van de corporatistische totstandkoming zijn veel elementen uit het oude functiebekostigingsmodel nog steeds van kracht.

- Nadruk op de nauwe ziektespecifieke blik

In de praktische uitwerking van het nieuwe bekostigingsmodel blijkt in segment 1 een smalle taakopvatting van de huisartsenzorg te overheersen. Dit blijkt ook uit de omvang die men aan dit segment toekent, namelijk: 75%, terwijl segment 2 slechts 15 % krijgt en segment 3 10 %. Segment 2 kent vooral een ziektespecifieke benadering, waarin voornamelijk vormen van klinische en professionele integratie worden gestimuleerd. Er zijn in segment 2 weinig aanmoedigingen die gericht zijn op de brede integrale functies van de eerstelijnszorg. Zo is het opvallend dat er in het huidige model weinig stimulansen zijn om organisatie en systeem te integreren. Dat terwijl juist de brede integrale functies van de eerstelijnszorg voorop stonden in de achterliggende beleidsstukken.

- Een kansrijk groeimodel

De basis van het abonnementstarief in segment 1 en de vrije ruimte die segment 2 en 3 bieden voor maatwerkafspraken, lijken een kansrijk groeimodel om in de toekomst tot een populatiegerichte geïntegreerde eerstelijnszorg te komen.



Analyse van het nieuwe bekostigingsmodel

Tabel 1: Analyse van het bekostigingsmodel op basis van de uitgangspunten van de geïntegreerde eerstelijnszorg

Uitgangspunten	Segment 1					Segment 2			Segment 3*								
	Aanwezig in segment 1	Inschrijving	Consult	POH-GGZ	Overige verrichtingen	Aanwezig in segment 2	Multidisciplinaire zorg DM2/VRM	Multidisciplinaire zorg COPD/ Astma	Geïntegreerde eerstelijnszorg	Aanwezig in segment 3	Resultaatbeloning adequaat doorverwijzen	Resultaatbeloning doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen	Resultaatbeloning service en bereikbaarheid	Resultaatbeloning multidisciplinaire zorg	Resultaatbeloning overig	E-health	Meekijkconsult
Focus																	
Mensgericht	•		•	•		•			•								
Ziektespecifiek	•				•	•	•	•	•			•					
Populatiegericht	•	•															
Eerstelijnszorg																	
Poortwachtersfunctie	•	•				•			•	•	•						•
(Directe) toegankelijkheid	•	•								•			•			•	
Integraal aanbod	•			•	•	•	•	•	•	•	•			•			
Coördinatie van zorg	•	•				•	•	•	•	•	•	•		•			
Levenslang	•	•															
Interdisciplinaire samenwerking	•			•		•	•	•	•	•		•		•			•
Intersectorale benadering																	
Gemeenschap participatie																	
Type afstemming																	
Klinische integratie	•			•		•	•	•	•	•	•	•	•				•
Professionele integratie						•	•	•	•	•	•						
Organisatie integratie									•								
System integratie																	
Ondersteunende randvoorwaarde																	
Functionele integratie						•	•	•	•	•						•	
Normatieve integratie																	
Niveau																	
Micro	•	•	•	•	•	•	•	•	•								
Meso						•	•	•	•								
Macro																	

* Niet alle aspecten waren te beoordelen omdat de operationele uitwerking van indicatoren niet beschikbaar was.



Doorontwikkeling van de drie segmenten van het nieuwe bekostigingsmodel

De centrale vraag in dit paper is welke stappen er op het gebied van het nieuwe bekostigingsmodel nodig zijn, om de ontwikkeling van een populatiegerichte geïntegreerde eerstelijnszorg verder te ontwikkelen. In de vorige hoofdstukken werden al enkele aanknopingspunten geboden om de volgende stappen te zetten.

Segment 1:

De verkokerde aansturing van een interdisciplinair team

In de opvatting van het huidige segment 1 bestaat de functie van de eerstelijnszorg alleen uit huisartsenzorg. Naast die huisarts, is de POH-GGZ de enige andere functionaris die vanuit segment 1 betaald wordt. Naast de huisarts zijn ook wijkverpleegkundigen, apothekers en maatschappelijk werkers van vitaal belang om de integrale functie van de eerstelijnszorg optimaal uit de verf te laten komen. Maar omdat deze zorgverleners op een andere manier betaald worden, werken de verschillende disciplines langs elkaar heen en blijft dus een verkokerde aansturing in stand. Hierdoor verloopt de horizontale afstemming en herverdeling van taken in de praktijk moeizaam. Voor de verdere ontwikkeling van de eerstelijnszorg is het dus van belang dat de kerndisciplines zoals wijkverpleegkundigen, apothekers en maatschappelijk werkers op dezelfde manier betaald worden als de huisartsen, dus via een abonnementstarief, gedifferentieerd naar populatiekenmerken. Dit zou in segment 1 een belangrijk horizontaal aansturingsmechanisme zijn om een echt interdisciplinair team tot stand te brengen [18]. Op die manier is het mogelijk taken te delegeren en te herschikken en verbetert de integrale coördinerende functie van de eerstelijnszorg [3]. Voor segment 1 betekent dit dus dat de bekostigingssystematiek ruimte moet bieden aan meerdere eerstelijnskerndisciplines. Het is van belang dat deze functionele randvoorwaarde op macroniveau op de middellange termijn in segment 1 wordt ingebouwd, want daardoor zal ook de multidisciplinaire samenwerking in segment 2 makkelijker tot stand komen.

Segment 2:

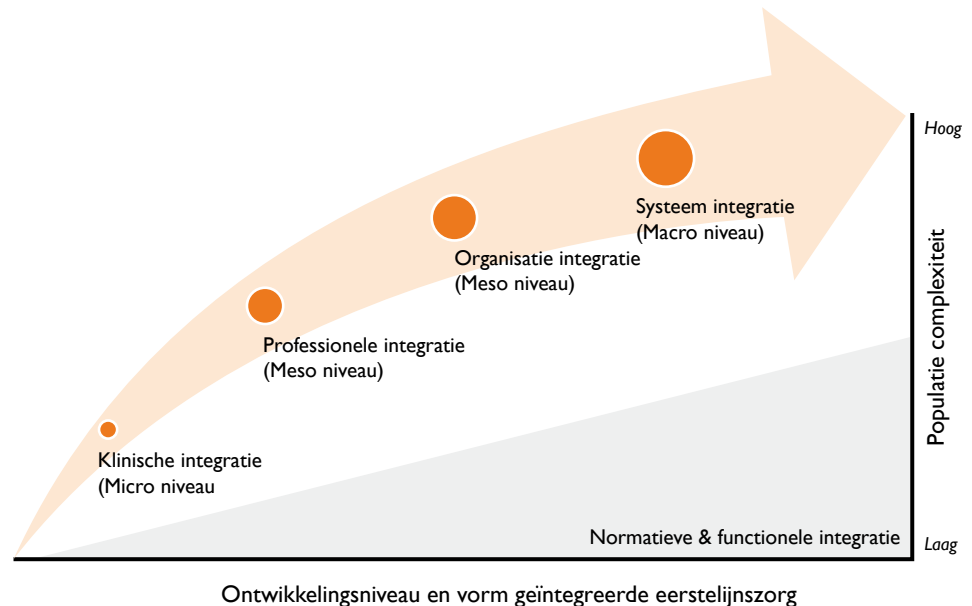
Zonder lokaal maatwerk géén eerstelijns dreamteam

Segment 2 is op dit moment ingericht als een functiebekostigingsvorm met horizontale (GEZ module) en verticale (Ketenzorg DM2 en COPD) aansturingsmechanismen. Er wordt nu te weinig rekening gehouden met de complexiteit en samenstelling van de plaatselijke bevolking. Omdat hierdoor samenwerkingsverbanden kunnen worden gestimuleerd die niet gewenst zijn in een bepaalde lokale situatie, ontstaan er onnodige risico's en verkeerde prikkels. Uit ervaring weten we inmiddels dat de extra maatregelen die de zorgverzekeraars nemen om die ongewenste effecten te verminderen of weg te nemen onvoldoende werken. Dat komt ook omdat ze teveel steunen op verticale ziektespecifieke management principes. Het ontbreekt aan transparantie, eenduidige kwaliteitsinformatie en lokaal maatwerk [9]. Voor de verdere ontwikkeling van segment 2 is het belangrijk dat bij het geven van stimulansen rekening wordt gehouden met de plaatselijke complexiteit. Er



Doorontwikkeling van de drie segmenten van het nieuwe bekostigingsmodel

moet dan gekeken worden naar de behoefte van de plaatselijke bevolking en in hoeverre de multidisciplinaire zorg zich al ontwikkeld heeft en in welke vorm. Zie figuur 5.



Figuur 4: Stimuleer geïntegreerde zorg op basis van populatiecomplexiteit

De gezondheidsrisico's die in een bepaalde populatie aanwezig zijn kunnen aan de hand van diverse gegevensbronnen worden ingedeeld om zo de lokale populatiecomplexiteit in beeld te krijgen. Op basis van bestaande samenwerkingsverbanden en kenmerken kan de vorm en het ontwikkelingsniveau van de multidisciplinaire zorg in een bepaalde regio in kaart worden gebracht. Met behulp van een Eerstelijns Maturity Model (EMM)[®] scan ontstaat zo een duidelijk beeld van een lokaal zorgnetwerk, zie bijlage B. Op deze manier kan de populatiegerichte geïntegreerde eerstelijnszorg daar het meest worden gestimuleerd, waar de nood het hoogst is. Op basis van kennis over de plaatselijke populatiecomplexiteit kan een 'stimuleringspot' worden ingesteld, waarmee de plaatselijke geïntegreerde zorg zo concreet en doelmatig mogelijk kan worden aangemoedigd. Afhankelijk van welke prioriteiten men ter plaatse gesteld heeft wat betreft de vorm en samenstelling van de multidisciplinaire zorg, is het mogelijk uit deze pot prestatie-opslagen uit te keren. Het is belangrijk de uitkering van eventuele prestatie-opslagen te laten bepalen door gemaakte resultaatafspraken wat betreft de populatiecomplexiteit en daaruit afgeleide beleidsdoelstellingen voor multidisciplinaire zorg. Zie fictief voorbeeld in tabel 2.



Doorontwikkeling van de drie segmenten van het nieuwe bekostigingsmodel

Tabel 2: Prestatie-opslagen per verzekerde op basis van populatiecomplexiteit en lokale beleidsdoelstellingen.

Lokale doelstelling multidisciplinaire zorg	Populatie complexiteit		
	Laag	Middel	Hoog
Niveau 2 – Ad hoc; Geen lokale doelstellingen geformuleerd en al bestaande samenwerking is gebaseerd op ad hoc afspraken tussen de betrokkenen.	€ 0,00	€ 12,50	€ 25,00
Niveau 2 - Gedefinieerd; Lokale doelstellingen t.a.v. doelgroepen en benodigde multidisciplinaire zorg zijn gedefinieerd evenals procesafspraken tussen de betrokkenen.	€ 0,00	€ 25,00	€ 50,00
Niveau 3 – Bestuurd; Proces- en structuurafspraken t.a.v. multidisciplinaire zorg worden geëffectueerd. Er zijn uniforme procedures en systemen rondom de geformuleerde doelstellingen en doelgroepen.	€ 0,00	€ 37,50	€ 75,00
Niveau 4 – Synchron; Proces- en structuurafspraken tussen alle betrokken zijn geïmplementeerd in het reguliere proces. Tevens is men in staat de geformuleerde uitkomstafspraken te realiseren.	€ 0,00	€ 50,00	€ 100,00

De opslagen worden uitgekeerd op de niveaus van samenwerking, organisatie en professional. Om voor de uitkering van prestatie-opslagen in aanmerking te komen moeten de veldpartijen rekenschap afleggen. Dat dient te gebeuren op basis van systematische en transparante kwaliteitsinformatie over het lokale beleid en hun doelstellingen wat betreft de multidisciplinaire zorg. Het is van cruciaal belang voor het toezicht op de kwaliteit en de inkoop van zorg om te kijken of er op lokaal niveau effectief en doelmatig beleid wordt gestimuleerd en of de multidisciplinaire zorg past bij de complexiteit van de bevolking. De gewenste richting van de multidisciplinaire samenwerking kan zo concreet mogelijk worden gestimuleerd door het ontwikkelingsniveau en de vorm van geïntegreerde zorg kwantitatief inzichtelijk te maken. [18, 19]. Ook door het regelmatig geven van ondersteunende benchmarkgegevens, spiegelinformatie en voorbeelden van best practices kan het plaatselijke uitvoeringsbeleid verder gestimuleerd worden in de gewenste richting te bewegen (zie ook bijlage B). Daarnaast is het van belang dat de financierings- en resultaatafspraken tussen de veldpartijen en de zorgverzekeraar een looptijd van meer jaren hebben. Dit om te voorkomen dat succesvolle vormen van multidisciplinaire samenwerking die hun beleidsdoelstellingen hebben gehaald, het jaar erop gekort worden met een lager budget. Op deze manier kan een lange termijn veranderstrategie ontstaan die ook bijdraagt aan de benodigde verandering van zienswijze bij de betrokken organisaties en professionals [18].



Doorontwikkeling van de drie segmenten van het nieuwe bekostigingsmodel

Segment 3:

Stimuleer de mens- en populatiegerichte waardeketen

Voor de resultaatdomeinen in segment 3 is het van belang dat ze gericht zijn op het realiseren van een mens- en populatiegerichte waardeketen. De huidige domeinen doorverwijzen, doelmatig voorschrijven en multidisciplinaire zorg, lijken hierbij een belangrijke prikkel om dit te realiseren. Het domein 'service en bereikbaarheid' lijkt in eerste instantie een resultaatgebied dat al geborgd zou moeten zijn vanuit de kernfuncties van de eerstelijnszorg in segment 1. Voor de verdere ontwikkeling van segment 3 is het belangrijk dat er in het resultaatdomein multidisciplinaire zorg afstemming plaatsvindt met de voorgestelde prestatie-opslagen in segment 2. Dit om overlap te voorkomen. De prestatie-opslagen moeten afhankelijk zijn van de plaatselijke prestatienormen en indicatoren op het gebied van structuur, proces en uitkomst. De structuur- en procesindicatoren die van toepassing zijn op het vormgeven en realiseren van de plaatselijke multidisciplinaire zorg kunnen worden gebruikt voor de uitkering in segment 2. En kenmerkende uitkomstindicatoren die gericht zijn op de doelmatigheid en effectiviteit van de multidisciplinaire zorg kunnen als prestatieopslag worden uitgekeerd in segment 3. Het resultaatdomein 'doelmatig voorschrijven en doorverwijzen' is hier een goed voorbeeld van, maar men dient daarbij wel rekening te houden met de lokale populatiecomplexiteit. Voor de verdere ontwikkeling van het bekostigingsmodel is het dus belangrijk de segmenten 2 en 3 goed op elkaar af te stemmen. De voorgestelde prestatie-opslagen dienen een logisch gevolg zijn van de gebruikte structuur-, proces- en uitkomstindicatoren.



Op weg naar een slimme financiering voor segment 2

Het realiseren van de doelstellingen van een populatiegerichte geïntegreerde eerstelijnszorg vanuit segment 2 vraagt om enkele belangrijke strategische overwegingen. Een belangrijk uitgangspunt is dat de gezondheidszorg wordt beschouwd als een complex systeem, dat zich aan omstandigheden kan aanpassen [20]. Deze zienswijze staat haaks op het Tayloriaans gedachtengoed, waarbij er vanuit wordt gegaan dat de zorg als een machine georganiseerd kan worden. Door de samenstelling van de onderdelen kan dan een optimale organisatie worden bereikt. Vanuit de 'complex adaptief systeem' gedachte wordt erkend dat de organisatie van zorg in elke situatie of context een eigen verschijningsvorm en complexiteit kent. Deze strategische overwegingen worden vooral ingegeven door de vorm en de schaal waarop men op lokaal gebied de verschillende vormen en ontwikkelingsniveaus van de geïntegreerde eerstelijnszorg wil en kan stimuleren.

Schaalgrootte: It takes a Village

De verschillende vormen en schaalniveaus van de geïntegreerde zorg maken de inrichting van de bekostigingssystematiek in segment 2 complex. De huidige inrichting van segment 2 kent een duidelijke scheiding in verticale (ketenzorg) en horizontale (wijkgerichte zorg) aanstuuringsmechanismen.

De plannen voor de verticale ketenzorg zijn erop gebaseerd dat er op grote schaal efficiënt gewerkt kan worden door de samenwerking van de verschillende disciplines op regionaal niveau. Dit kan vooral bereikt worden door doelmatig te werken in de backoffice. Er is echter discussie over de noodzaak om dit geld op deze wijze uit te geven. Dit in tegenstelling tot de plannen voor de horizontale wijkgerichte zorg die erop gebaseerd zijn dat er op kleine schaal integraal maatwerk wordt geleverd door de samenwerking van de verschillende disciplines op lokaal niveau. Het laatste is geheel in lijn met de beleidsmatige ambities van dit moment, om een goed georganiseerde, generalistische eerstelijnszorg, die dicht bij de burger staat, te stimuleren. Er is echter een gecombineerd virtueel aanstuuringsmechanisme nodig om op lokaal niveau, door middel van geïntegreerde zorg, de beoogde economies of scale en scope te verwezenlijken (zie hoofdstuk 2). Hoe dit qua schaal, functie en vorm in de praktijk moet worden gestimuleerd is aan de ene kant afhankelijk van de populatiecomplexiteit en aan de andere kant van het aantal en de aard van de andere zorgaanbieders in de regio en al bestaande samenwerkingen. Geïntegreerde zorg stelt grenzen aan de schaalgrootte waarop deze zorg op lokaal niveau doelmatig geboden kan worden. Waar nodig kan, op basis van populatiekenmerken, grootschalige verticale samenwerking worden gestimuleerd. Het motief hiervoor moet zijn ingegeven door bedrijfsmatige efficiëntie. Functionele integratievormen die bestaan uit facilitaire ondersteuning, zoals bijvoorbeeld ICT, personeelszaken, administratie, lab diagnostiek, ANW, onderzoek en R&D, zijn bij uitstek geschikt om met een grootschalige aanpak op macroniveau bij te dragen aan doelmatige schaalvoordelen [13]. Een doorslaggevend zorginhoudelijk motief om tot grootschalige verticale samenwerking te komen kan de prevalentie van

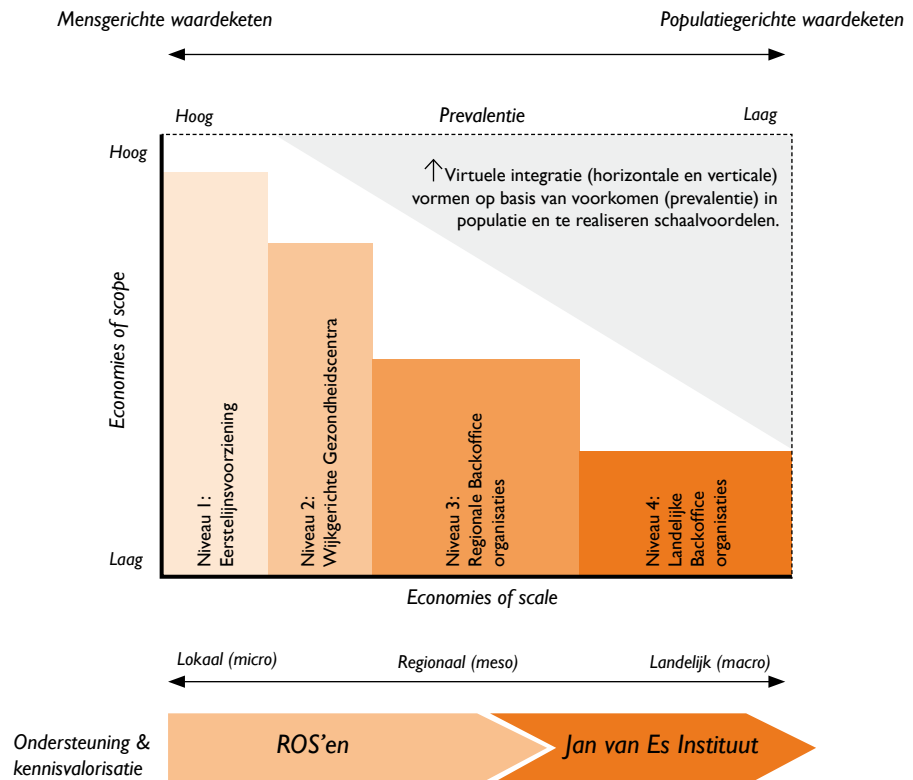


Op weg naar een slimme financiering voor segment 2

een bepaalde aandoening in een populatie zijn [13]. In lijn met de eerdere aanbevelingen moet een dergelijke samenwerking alleen gestimuleerd te worden als die aandoening ook werkelijk een substantiële risicogroep vormt binnen een lokale populatie. Is dat het geval dan kan er vanuit de prevalentie worden gekeken welke andere zorgaanbieders er nodig zijn om tot een passende oplossing te komen. Het probleem met de huidige ketenzorg is dat die, als macro sturingsmechanisme, te ziektespecifiek is ingericht en zich beperkt tot de eerstelijnszorg. Hierdoor blijft bijvoorbeeld de coördinatie en afstemming tussen de eerste- en tweedelijns buiten beschouwing en wordt dat een additioneel mechanisme naast de horizontale sturing. Deze eendimensionale inrichting van de ketenzorg past niet bij zowel de integrale functies van de eerstelijnszorg als bij een vraaggestuurde populatiebenadering. Het risico bestaat dat bijvoorbeeld diabetesprogramma's worden opgezet in een vinewijk, waar op basis van de prevalentiecijfers een obesitasprogramma voor kinderen meer op zijn plaats zou zijn. Voor het uitvoeren van integraal kleinschalig maatwerk moet vooral de horizontale samenwerking worden gestimuleerd. Het motief hiervoor is dat een interdisciplinair team door kleinschalig maatwerk doelmatig kan werken. Voor een efficiënte inrichting van een horizontale samenwerkingsstructuur is een verzorgingsgebied van ongeveer 10.000 tot 15.000 burgers noodzakelijk [21]. Vanaf deze omvang is een horizontale integratie van zorg tussen de verschillende disciplines mogelijk. Vanwege de wisselende bevolkingsdichtheid is deze omvang echter niet in iedere regio te realiseren. In plattelandsgebieden is het denkbaar dat een verzorgingsgebied van circa 8.000 inwoners voldoende is. Om de integrale component van de horizontale aansturing volledig te benutten is het vooral van belang de bekostigingssystematiek en de aansturingsmechanismen van de verschillende 'horizontale' disciplines op elkaar af te stemmen in segment 1. Indien we beide sturingsmechanismen in één ondersteuningsstructuur samenbrengen dan ontstaat het volgende beeld. Zie figuur 5.



Op weg naar een slimme financiering voor segment 2



Figuur 5: Organiseren en ondersteunen op de juiste schaal

Het laagste ondersteuningsniveau 'Eerstelijnsvoorziening' wordt gestimuleerd via een multidisciplinair integraal abonnementstarief. De huidige basis in Segment 1 dient opgerekt te worden om ruimte te maken voor een andere discipline financiering. Dit niveau kan worden vergeleken met een huisartsenpraktijk met een assistente en een POH, die wordt uitgebreid met de financiering voor de verpleegkundige, farmaceutische en welzijnzorg.

Afhankelijk van de complexiteit in de populatie waaruit de behoefte aan integratie blijkt, wordt op het tweede niveau 'Wijkgerichte gezondheidscentra' professionele integratie gestimuleerd (dit gebeurt op 10.000 tot 25.000 inwoners). Bij deze wijkgerichte samenwerkingsverbanden in de eerste lijn, de zogenaamde virtuele gezondheidscentra, is in veel gevallen ook een huisvestingscomponent nodig.

Gestimuleerd door bedrijfseconomische motieven ontstaan er op het derde niveau geïntegreerde 'Regionale Backoffice organisaties'. De (regionale) schaalgrootte waarop deze organisaties werken worden vooral bepaald door hoe vaak een bepaalde aandoening in de populatie voorkomt. Deze vormen van functionele integratie zijn vooral van belang om de professionele integratie op lokaal niveau te stimuleren. Maar ook om integratie van organisaties mogelijk te maken bij een macro systeembenadering.



Op weg naar een slimme financiering voor segment 2

Het vierde en laatste niveau '*Landelijke Backoffice organisaties*' ontstaat ook op basis van bedrijfseconomische overwegingen (economies of scale). Deze organisaties functioneren boven de regionaal of landelijk werkende organisaties en ondersteunen de universele corebusiness van bedrijven in de eerste lijn. Dat kan bijvoorbeeld bij: datamanagement-infrastructuur (ICT), diagnostische faciliteiten of de inkoop van geneesmiddelen en hulpmiddelen. Zij kunnen vanuit bedrijfseconomisch oogpunt dan ook boven regionale of landelijke schaalgrootte uitsteken.

Niveau één en twee moeten vooral via Segment 2 aangemoedigd te worden. De in het vorige hoofdstuk gepresenteerde prestatieopslagen hebben betrekking op de economies of scope. Het is de bedoeling dat via deze opslagen vooral op lokaal niveau een verzameling aan van activiteiten worden gestimuleerd die enerzijds aansluiten bij de populatiecomplexiteit en anderzijds bij de al aanwezige (organisatie) infrastructuur.

De grondgedachte bij de ondersteuning van niveau drie en vier moet worden gestuurd door bedrijfseconomische doelmatigheid. Men moet per organisatie kijken welke ondersteuning nodig is om op regionaal niveau te kunnen functioneren. Organisaties kunnen bijvoorbeeld worden aangemoedigd om dienstverleningen te combineren om zo efficiënter te gaan werken. In de praktijk zijn al enkele voorbeelden te vinden, waarbij men dit probeert. Jammer genoeg loont het in de huidige praktijk nog niet altijd voor de betrokken organisaties (perverse prikkel). De uitdaging is dan ook om de financiering zodanig in te richten dat het voor organisaties aantrekkelijk wordt om die bedrijfseconomische efficiëntie te realiseren. Concreet betekent dit voor nu dat de huidige gezondheidscentra (GEZ verbanden) zich richting samenwerking op regionaal niveau moeten bewegen en dat zorggroepen zich richting samenwerking op lokaal niveau moeten bewegen. Zo kan de gewenste combinatie van de voordelen van scale en scope ontstaan. Met de in het vorige hoofdstuk voorgestelde prestatieopslagen kan deze richting verder worden gestimuleerd, passend bij de lokale en regionale populatie en complexiteit van de organisatie.

De verwezenlijking is echter ook afhankelijk van een state-of-the-art kennis- en ondersteuningsstructuur [18, 19]. Binnen deze structuur worden op landelijk niveau modellen en instrumenten ontwikkeld en verspreid om op regionaal en lokaal niveau te kunnen implementeren. Vanuit bedrijfseconomisch perspectief bekeken is het niet efficiënt als elke regio zijn eigen kennisontwikkeling gaat organiseren. Anderzijds ligt het niet zo voor de hand om vanuit één centrale kennisorganisatie alle Nederlandse zorgorganisaties te ondersteunen bij de implementatie. Dat betekent dat er ook een meer geïntegreerde kennis- en ondersteuningsstructuur dient te worden ingericht die de organisaties kan ondersteunen en die aansluit bij de lokale vraagstukken.



Op weg naar een slimme financiering voor segment 2

Vinger aan de pols voor succes

Om meer zicht te krijgen op hoe effectief de schaal, functie en vorm van geïntegreerde zorg op lokaal niveau is, is het van belang dat die systematisch en continu wordt gemonitord [18, 19]. Daarvoor moet in de eerste plaats worden vastgesteld wat de ziekte- en risicolast in de populatie is. Voor de verdere ontwikkeling van segment 2 is het van belang dat er op populatieniveau onderscheid kan worden gemaakt naar risico's en zorgkosten. Op basis van bestaande data- en informatiesystemen kunnen de patronen van zorgconsumptie en toekomstige risicotrends worden vastgesteld op zowel individueel als populatieniveau. Dit is een basisvereiste om op lokaal niveau effectieve en doelmatige geïntegreerde zorg te organiseren en te stimuleren. In segment 2 wordt dit nu onvoldoende gestimuleerd en ondersteund. Ondanks de huidige praktische bezwaren rond het vaststellen van de risicolast in een populatie, zijn er de afgelopen jaren diverse tools ontwikkeld waarmee het risico in een populatie wel degelijk in beeld kan worden gebracht. In Nederland wordt hier in de praktijk al invulling aan gegeven door het slim bundelen van de bestaande gegevens van GGD'en, zorgverzekeraars en zorgaanbieders (HIS'en) (Rvz, JVEI). Internationaal zijn er ook geavanceerde tools ontwikkeld waarmee de risicolast in een populatie nog nauwkeuriger kan worden voorspeld. Een internationaal veel gebruikt instrument is het door Johns Hopkins ontwikkelde Adjusted Clinical Groups® (ACG) case-mix Systeem [22]. Deze wetenschappelijk goedgekeurde methode kan op basis van ziektepatronen, leeftijd en geslacht de risicolast in een populatie bepalen. Het ACG systeem is tevens een geschikte maat om de kosten van zorg te bepalen [23]. Het systeem is ook ontwikkeld vanuit het perspectief van de eerstelijnszorg en is daarom buitengewoon geschikt om in segment 2 in te zetten om daar de risicolast van de populatie te bepalen. Het ACG systeem drukt deze risicolast uit in laag-, middel- en hoog complexe morbiditeit [23], zie tabel 1. Die indeling kan vervolgens worden gebruikt om na te gaan welke schaal, functie en vorm van geïntegreerde zorg nodig lijkt gezien de lokale risicolast in een populatie. Bij een hoge ziekte- en risicolast zijn naar verwachting meer vormen (klinisch, professioneel, organisatie en systeem) van integratie nodig om tot een integraal populatiegericht aanbod te komen. Voor de doorontwikkeling van segment 2 is het dan ook noodzakelijk om de lokale organisatiegraad van de eerstelijnszorg objectief vast te stellen aan de hand van de verschillende vormen en de schaalgrootte van de geïntegreerde zorg. Het Eerstelijns Maturity Model (EMM) biedt hiervoor een goede basis, zie bijlage B. Binnen het Jan van Es Instituut is een EMM index ontwikkeld waarmee de organisatieontwikkeling kwantitatief kan worden vastgesteld. De risico- en ziektelast en de lokale vormen en schaalgrootte van de geïntegreerde zorg dienen als basis voor de prestatieafspraken tussen de veldpartijen en de zorgverzekeraars. Door deze gegevens verder uit te breiden met gegevens over de kosten kan hierdoor de verhouding tussen de kosteneffectiviteit en de integratie-effectiviteit worden vastgesteld. Daarmee wordt de lokale effectiviteit van de lokale geïntegreerde zorg duidelijk. Zie voorbeeld tabel 3.



Op weg naar een slimme financiering voor segment 2

Tabel 3: Vaststellen populatiecomplexiteit en organisatiegraad eerstelijnszorg

		Complexiteit van de risico- en ziektelast*		
		Laag	Middel	Hoog
Organisatiegraad eerstelijnszorg**	Niveau 1 – Ad hoc; - klinische integratie <i>Behandeling volgens standaard richtlijnen en protocollen vanuit individuele disciplines.</i>			
	Niveau 2 - Gedefinieerd - Klinische integratie + - Professionele integratie = <i>Interprofessionele procesafspraken t.a.v. gezamenlijke doelstellingen.</i>			
	Niveau 3 – Bestuurd - Klinische integratie + - Professionele integratie + - Organisatie integratie = <i>Interprofessionele en interorganisatorische proces- en structuurafspraken t.a.v. gezamenlijke doelstellingen.</i>			
	Niveau 4 – Synchron - Klinische integratie + - Professionele integratie + - Organisatie integratie + - Systeem integratie = <i>Interprofessionele en inter-organisatorische proces- en structuurafspraken en gezamenlijk resultaat op uitkomsten.</i>			

* Op basis van Adjusted Clinical Groups® (ACG) case-mix Systeem

** Op basis van Eerstelijns Maturity Model Index (EMM), zie bijlage b.

Het hier geschetste toekomstbeeld kan alleen gerealiseerd worden als er goed op elkaar afgestemde data- en informatiesystemen beschikbaar zijn. Deze informatiesystemen (functionele integratie) zijn van essentieel belang om de geïntegreerde zorg op lokaal niveau tot een succes te maken. Alle internationaal geroemde voorbeelden van geïntegreerde zorg (Mayo, Gheisinger, Kaiser, Kinzigal, etc) zijn als eerste begonnen met het opzetten van systemen voor informatiemanagement, omdat ze daarmee konden beschikken over de juiste informatie ter ondersteuning van de operationele, tactische en strategische besluitvormingsprocessen [19]. Op die manier kunnen er weloverwogen keuzes worden gemaakt op basis van heldere klinische, financiële, kwaliteits- en populatiedata. Dit vraagt echter wel een forse investering in de noodzakelijke infrastructuur en in informatiesystemen. Vanuit een economisch perspectief is het wenselijk dat dit op macroniveau gestimuleerd en geborgd wordt. Enerzijds om op regionaal c.q. landelijk niveau transparante en uniforme kwaliteitsinformatie te borgen en anderzijds om de impact van de verschillende vormen van geïntegreerde zorg beter te kunnen duiden vanuit een overstijgend perspectief. Dit vraagt echter wel om een duidelijke en consistente beleidskeuze. Idealiter worden er op



Op weg naar een slimme financiering voor segment 2

macroniveau vooral functionele randvoorwaarden voor geïntegreerde zorg gecreëerd en gestimuleerd, de zogenaamde functionele integratie. Dat kunnen bijvoorbeeld uniforme data- en informatiesystemen zijn en financiële en andere prikkels om samen te werken. Het valt zeer aan te bevelen om duidelijke criteria op te stellen waar een dergelijk informatiemanagement systeem aan zou moeten voldoen. In de praktijk zal de huidige versnippering in het budgettaire kader zorg (BKZ) echter verhinderen dat deze uniforme functionele randvoorwaarden bij de verschillende geledingen worden uitgevoerd. Op de middellange termijn zullen deze functionele randvoorwaarden van uniforme data- en informatiesystemen dan ook via disruptieve vernieuwing moeten ontstaan [24]. Internationaal onderzoek laat zien dat dit vooral via ondernemerschap tot stand komt, waarbij met name het macro systeemniveau ruimte biedt voor ondernemerschap [25]. Als verandering in Nederland alleen gestimuleerd wordt vanuit een macro systeemkader heeft die een sterke corporatistische inslag. In de praktijk leidt dat een suboptimale blauwdruk oplossing. Voor het ontwikkelen van beleid betekent dit concreet dat er op lokaal niveau de nodige beleidsvrijheid moet worden gegeven, waarbij de ontwikkelingen wel stapsgewijs moeten worden gemonitord. Om, zo nodig, vroegtijdig te kunnen bijsturen is het van belang deze evaluatie en monitoring regelmatig en systematisch te laten plaatsvinden. De resultaten hiervan moeten met alle betrokken in de vorm van spiegel- en benchmarkinformatie worden besproken. Zo krijgt men inzicht in de manier waarop de geïntegreerde zorg effect heeft op de risicolast in een populatie en kan men beter ruimte geven aan lokale verbeterlagen. Bovendien kan het inzicht geven in de lokale mogelijkheden en onmogelijkheden om tot geïntegreerde zorg te komen.

Wie moet leiden of lijden?

De beleidsmatige doelstelling om tot een populatiegerichte geïntegreerde eerstelijnszorg te komen vraagt om een langetermijnvisie en een goede veranderstrategie. Deze strategie heeft de grootste kans succesvol te zijn als hij, vanuit de macrosysteem benadering, door de disciplines zelf wordt uitgevoerd, strategisch ondersteund en gestimuleerd [13]. De aansluiting en verbinding met zowel de professionele leefwereld (de klinische en professionele integratie) als de externe systeemwereld (organisatie en systeem integratie) zijn hierbij van cruciaal belang [9]. Daarbij moet er kritisch worden gekeken naar de taken, verantwoordelijkheden en competenties die de verschillende disciplines nu uitvoeren en hoe zij het beste aangemoedigd kunnen worden om de integrale functies van de eerstelijnszorg te verwezenlijken. Dit zal niet zonder weerstand gaan, omdat de bedoelde integrale benadering de grenzen van de professionele domeinen zal aantasten [26]. De stimuleringsmaatregelen moeten dus gericht zijn op het tegengaan van de negatieve effecten van het professionalisme, waaronder de professionele stammenstrijd, naar binnen gericht reductionisme en monopolistisch eigenbelang [26]. Maar de positieve aspecten van professionalisme, zoals compassie, deskundigheid, oplossingsgerichtheid en drive moeten juist gestimuleerd en benut worden. Daarbij komt dat de huidige ontwikkelingen



Op weg naar een slimme financiering voor segment 2

ook om nieuwe competenties vragen, zoals bijvoorbeeld samenwerken, goed organiseren, reflectie, altruïsme en systeemdenken. Het is ook van vitaal belang dat daar in de huidige opleidingen meer aandacht aan wordt besteed. Voor de doorontwikkeling van segment 2 is het aanbevelingswaardig dat het leiderschap van de populatiegerichte geïntegreerde eerstelijnszorg wordt gestimuleerd vanuit de betrokken disciplines. Op de langere termijn is deze strategie duurzamer dan allerlei compenserende bureaucratische systeemmaatregelen. De reden hiervoor is dat de professionals primair verantwoordelijk zijn voor de lokale organisatie van zorg en een natuurlijke machtsbasis hebben om dit te realiseren [26]. Dit zal niet van de ene op de andere dag verwezenlijkt kunnen worden, maar professionals moeten wel de ruimte krijgen om hun verbindende leiderschapskwaliteiten verder te ontwikkelen. De multidisciplinaire prestatie-opslagen die in segment 2 werden voorgesteld (zie vorige hoofdstuk) dienen dan ook primair gericht te zijn op het niveau van de interdisciplinaire samenwerking en de betrokken professionals. Belangrijk hierbij is dat er voldoende ruimte wordt gegeven aan professionele zelfregulatie. Ook geschikte data- en informatiesystemen, die heldere kwaliteitsinformatie bieden, zijn hierbij van essentieel belang. Enerzijds om te zorgen dat het professionele leiderschap zich in de juiste richting ontwikkelt (wortel) en anderzijds om zo nodig op tijd te kunnen bijsturen (stok).

Ontwikkelstrategie

Zoals al eerder aangegeven dient men bij de bestedingen van de middelen in segment 2 aan de ene kant rekening te houden met de complexiteit van de populatiebehoefte en anderzijds ook met de complexiteit van de regio wat betreft het zorgaanbod. In een verstedelijkt en heterogeen gebied, met veel verschillende aanbieders, is het realiseren van multidisciplinaire zorg een stuk ingewikkelder dan in een minder verstedelijkte, homogene en overzichtelijke regio. Voor de verdere ontwikkeling van de organisatie en ondersteuning in segment 2 zijn wel een aantal algemeen geldende aspecten van belang. De huidige invulling van segment 2 is sterk gericht op verschillende vormen van klinische en professionele integratie, zie tabel 1. Onderzoek laat zien dat het stimuleren van de organisatieontwikkeling van de eerstelijnszorg vanuit deze zorg-inhoudelijke professionele leefwereld, een duurzame strategie is. De verschillende aspecten die bij klinische en professionele integratie aan bod komen, zoals case management, individuele zorgplannen, multidisciplinaire richtlijnen en interprofessionele educatie, vallen van oudsher echter onder de normale monodisciplinaire zorginhoudelijke taken en verantwoordelijkheden. Deze aspecten moeten dan ook vooral in segment 1 worden gestimuleerd en geborgd. Zoals eerder uitgelegd is het belangrijk dat de mechanismen die de verschillende eerstelijnsdisciplines aansturen, gelijk worden getrokken en dat de verdeling van de middelen wordt bepaald door waar de populatie behoefte aan heeft. De inhoud van de stimuleringsmaatregelen in segment 2 zou de complexiteit van de populatie als uitgangspunt moeten nemen en gericht moeten zijn op het bevorderen van de integratie van organisatie en systeem. De inhoud van segment 2 zou zich vooral moeten richten op het laten ontstaan van synergie tussen de professionele leefwereld (segment 1)



Op weg naar een slimme financiering voor segment 2

en de extern opgelegde prestatie-opslagen uit de systeemwereld. Afhankelijk van het lokale niveau van de populatiecomplexiteit kunnen de nodige organisatie en systeemintegratie aspecten worden bevorderd. Hierbij is het niet verstandig de middelen aan een bepaalde organisatievorm uit te keren, omdat daarmee eerder een aanbod-gestuurd mechanisme wordt gestimuleerd in plaats van een vraag-gestuurd mechanisme. Voor de doorontwikkeling van segment 2 moet standaard de populatiecomplexiteit als uitgangspunt worden genomen. De prestatie-opslagen kunnen dan als bonus worden uitgekeerd aan meerdere betrokken eerstelijns disciplines, als zij goed of beter presteren. Inhoudelijk gezien moet het huidige segment 2 zich daarbij meer richten op aspecten die te maken hebben met de integratie van organisatie en systeem zonder ze direct te bekostigen als organisatorische blauwdruk. Op lokaal niveau kan dan bij de verdeling van de middelen worden bekeken welke vorm en volume het meest passend is, met het oog op de populatiecomplexiteit. De veldpartijen krijgen voldoende ruimte om deze benodigde vorm en schaal te realiseren.



Conclusies en aanbevelingen

Het nieuwe bekostigingsmodel is een kansrijk groeimodel om de doelstelling, om tot een populatiegerichte geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg te komen, op de lange termijn te realiseren. Maar de huidige vormgeving van het nieuwe model is nog te monodisciplinair en ziektespecifiek. De hieronder genoemde aanpassingen zijn nodig om de integrale functies van de eerstelijnszorg te versterken:

- Gebruik voor de financiering van de verschillende disciplines in de eerstelijnszorg in segment 1 een abonnementstarief dat de zorgbehoefte van de ingeschreven populatie weerspiegelt.
- Creëer een 'pot met aanmoedigingspremies' op basis van de lokale populatiecomplexiteit voor de multidisciplinaire zorg in segment 2. Als de lokale prestatienormen (op basis van de Eerstelijns Maturity Model Index) worden gehaald, kunnen uit die pot de prestatie-opslagen worden uitgekeerd in de vorm van een bonus aan de betrokken eerstelijnsdisciplines.
- Stimuleer de combinatie van gezondheidscentra en zorggroepen om de voordelen van de 'economies of scope en scale' in één (virtuele) organisatie samen te voegen.
- Stem de prestatie-opslagen in segment 3 af met de prestatie-opslagen in segment 2 en voeg ze samen als basis, als de multidisciplinaire samenwerking (segment 2) leidt tot bepaalde doelmatige en effectieve schaalvoordelen op lokaal niveau (uitkomstindicatoren).

De integrale functies van de eerstelijnszorg zijn alleen te realiseren wanneer er ruimte wordt geboden voor lokaal maatwerk. Bovendien moet dit lokale maatwerk gebaseerd zijn op een objectief beeld van de lokale populatiecomplexiteit (bijvoorbeeld via Adjusted Clinical Groups) en organisatiegraad (bijvoorbeeld via Eerstelijns Maturity Model). Dit dient systematisch gevolgd en geëvalueerd te worden om de organisatiegraad van de eerstelijnszorg, daar waar dat het meeste nodig is, te stimuleren.

Op basis van de bevindingen in dit paper kan de volgende aanbeveling worden gedaan:

Zonder functionele randvoorwaarden zal de populatiegerichte geïntegreerde eerstelijnszorg in beleidsmatige ambitie blijven steken. Een vereiste om dit doel te bereiken is dat de stimuleringsmaatregelen voor segment 2 vooral richtinggevende en faciliterende functies hebben. Op lokaal niveau is het van vitaal belang dat de veldpartijen de nodige ruimte en tijd krijgen om de gewenste vormen van geïntegreerde zorg te realiseren. Die veldpartijen dienen hierbij rekenschap af te leggen over wel of niet behaalde structuur-, proces- en uitkomstafspraken. Bovendien zijn systematische monitoring en benchmarking belangrijke kennisbevorderende middelen om de lokale doelstellingen uit te voeren. Het stimuleren van geïntegreerde zorg heeft geen zin als er daarnaast andere bestaande stimuleringsmaatregelen in stand worden gehouden (GEZ, keten DBC's) die versnipperend werken. Dit vereist dus een goed op elkaar afgestemde en uniforme beleidslijn.



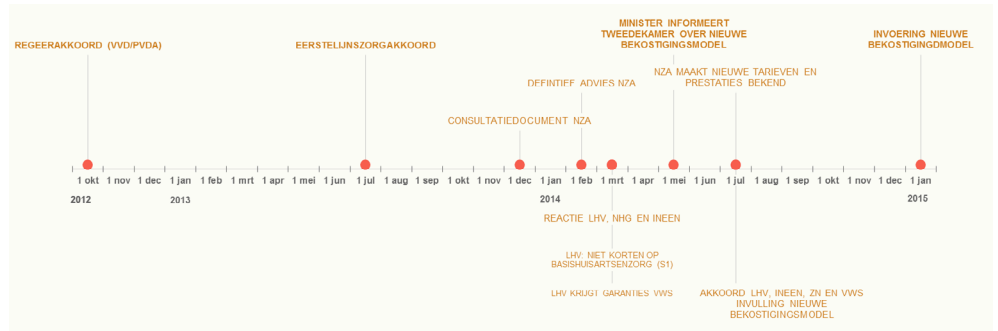
Literatuur

1. Nivel: *Organisatorische samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn-een verkenning*. Utrecht: Nivel; 2009.
2. Starfield B, Shi L, Macinko J: *Contribution of primary care to health systems and health*. *Milbank Q* 2005, 83(3): 457-502.
3. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ): *Regie aan de poort - De basiszorg als verbindende schakel tussen persoon, zorg en samenleving*: Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ); 2012.
4. Friedberg MW, Hussey PS, Schneider EC: *Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care*. *Health Aff (Millwood)* 2010, 29(5): 766-772.
5. Muldoon LK, Hogg WE, Levitt M: *Primary care (pc) and primary health care (phc): what is the difference?* *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique* 2006; : 409-411.
6. Boesveld I: *Onderbouwing conceptueel model geïntegreerde eerstelijnszorg*. Jan van Es Instituut, 2010.
7. De Maeseneer J, Van Pottelbergh G: *Eindrapport WG positionering Eerstelijns gezondheidszorg conferentie 2010*, www.conferentie-eerstelijnsgezondheidszorg.be.
8. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst Hvd, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, Meer, Jos WM van der: *How should we define health?* *BMJ-British Medical Journal* 2011, 343(6): d4163.
9. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA: *Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care*. *International Journal of Integrated Care* 2013, 13.
10. De Maeseneer J, Nuyens Y: *Eerstelijnsgezondheidszorg: klaar voor de uitdaging?* *Samenleving en politiek (Brussel)* 2014, 21(1): 95-102.
11. Kodner DL, Spreeuwenberg C: *Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper*. *International Journal of Integrated Care [serial online]* 2002 Nov 14, 2.
12. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA: *The new world of managed care: creating organized delivery systems*. *Health Aff* 1994, 13(5): 46-64.
13. Kodner DL: *All together now: a conceptual exploration of integrated care*. *Healthc Q* 2009, 13 Special Issue: 6-15.
14. Chandler AD, Hikino T, Chandler AD: *Scale and scope: The dynamics of industrial capitalism*: Harvard University Press; 2009.
15. Plochg T, Juttman R, Klazinga N: *Handboek gezondheidszorgonderzoek*: Bohn Stafleu van Loghum; 2012.
16. Delnoij D, Klazinga N, Glasgow IK: *Integrated care in an international perspective: proceedings of the workshop of the EUPHA section Health Services research, EUPHA Annual Conference*. *International Journal of Integrated Care* 2001, (EUPHA Annual Conference).
17. Fulop N, Mowlem A, Edwards N: *Building integrated care: lessons from the UK and elsewhere*. London: The NHS Confederation 2005.
18. Burns LR, Pauly MV: *Accountable care organizations may have difficulty avoiding the failures of integrated delivery networks of the 1990s*. *Health Aff (Millwood)* 2012, 31(11): 2407-2416.
19. Burns LR, Pauly MV: *Integrated delivery networks: a detour on the road to integrated health care?* *Health Aff (Millwood)* 2002, 21(4): 128-143.
20. Begun JW, Zimmerman B, Dooley K: *Health care organizations as complex adaptive systems*. *Advances in health care organization theory* 2003, 253: 288.
21. Nivel: *Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn*. Utrecht: Nivel; 2010.
22. Adjusted Clinical Groups [<http://www.acg.jhsph.org/>]
23. Starfield B, Kinder K: *Multimorbidity and its measurement*. *Health Policy* 2011.
24. Christensen CM, Grossman JH, Hwang J: *The innovator's prescription: a disruptive solution for health care*: McGraw-Hill New York; 2009.
25. Hansen F: *A revolution in healthcare: medicine meets the marketplace*. *Institute of Public Affairs Review: A Quarterly Review of Politics and Public Affairs*, The 2008, 59(4): 43.
26. Plochg T, Klazinga N, Starfield B: *Transforming medical professionalism to fit changing health needs*. *BMC medicine* 2009, 7(1): 64.

A Totstandkoming nieuwe bekostigingsmodel



Bijlagen



Het nieuwe bekostigingsmodel kent haar oorsprong in het regeerakkoord van VVD en PvdA. De kernwaarden van een populatiegerichte eerstelijnszorg die dicht bij de burger staat worden hierin expliciet genoemd. In het eerstelijnszorgakkoord (2013) worden vervolgens de eerste contouren van het nieuwe 3 segmenten model geschetst. Het belang van een generalistische basishuisartsenzorg wordt hierin onderstreept en wordt uitgewerkt in het zogenoemde segment 1. In het tweede segment staat vooral de multidisciplinaire samenwerking voor de chronische zorg centraal en in het derde segment spreekt men over resultaatbeloning en innovatie. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gaf daarna een advies over de verdere inrichting van het 3-segmenten model. Met name de afbakening van de financiering van de verschillende segmenten leidde bij de achterban van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) tot de nodige commotie. De LHV pleitte voor een 'financieel hek om segment 1', omdat men bang is dat een overschrijding in de overige segmenten ten koste zou kunnen gaan van segment 1. Na onderhandelingen met het ministerie van VWS, kreeg de LHV garanties dat de financiering van segment 1 gewaarborgd blijft en kon de minister het plan in de Tweede Kamer presenteren. In de verdere onderhandelingen met de veldpartijen komt men tot een concrete invulling van de verschillende segmenten in de vorm van nieuwe prestatieafspraken en tarieven voor 2015.



Bijlagen

B Eerstelijns Maturity Model (EMM)

Het eerstelijns maturity model (EMM) is ontwikkeld door het Jan van Es Instituut in samenwerking met de Universiteit Tilburg. Uit onderzoek blijkt dat je in een eerstelijnsorganisatie drie hoofdpijlers en vier ontwikkelniveaus¹ kunt zien, zie ook figuur 1. Binnen het EMM worden de volgende drie hoofdpijlers onderscheiden:

- 1) De **focus van de waardeketen** binnen een eerstelijnsorganisatie. Binnen deze waardeketen kan verschil worden gemaakt tussen aandacht voor de individuele mens of voor de hele populatie. Het hedendaagse (en toekomstige) financieringsmodel is vooral gericht op de mensgerichte waardeketen, omdat er per individuele verrichting wordt gefinancierd (segment 1). Binnen de toekomstige financieringssegmenten 2 en 3 worden de eerste voorzichtige stappen gezet in de richting van een populatiegerichte waardeketen. De behoefte van de populatie binnen een bepaald geografisch gebied wordt dan meegenomen in de financiering van de keten- en/of prestatiefinanciering.
- 2) binnen een organisatie of netwerk. Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat er binnen eerstelijnsorganisaties vier archetypen te zien zijn: 1) de klinische afstemming, 2) de professionele verantwoordelijkheid, 3) de besturing en 4) de inbedding in de externe omgeving.²
- 3) Tot slot zien we de ondersteunende **randvoorwaarden voor organisatieontwikkeling**. Binnen deze pijler wordt onderscheid gemaakt tussen de structurele ondersteuningsactiviteiten, zoals ICT en backoffice, en de sociaal-culturele binding, zoals een gezamenlijke visie en wederzijds vertrouwen tussen alle betrokkenen.

Binnen elke pijler kunnen vier ontwikkelniveaus worden onderscheiden.

Niveau 1: Ad hoc

Het eerste niveau is het primaire activiteitsniveau van een eerstelijns organisatie. De organisatie werkt vanuit haar operationele, primaire, klinische, basiszorgtaken (segment 1). De meeste professionals werken vanuit hun eigen monodisciplinaire perspectief en er wordt incidenteel samengewerkt met andere professionals. De organisatie richt zich primair op de individuele mensgerichte waardeketen.

Niveau 2: Gedefinieerd

Op het tweede ontwikkelniveau begint de organisatie te professionaliseren. Verschillende professionals beginnen samen procesafspraken te maken en vast te leggen over chronische aandoeningen (segment 2). De samenwerking tussen de professionals is meestal gebaseerd op kwetsbare informele contacten en vindt nog ad hoc plaats. De professionals binnen de

¹ Zie voor meer informatie Valentijn, 2013 en 2014.

² Zie voor meer informatie Valentijn, 2013.



Bijlagen

organisatie richten hun aandacht meestal op de individuele mensgerichte waardeketen, terwijl alleen het management zich meer concentreert op de populatiegerichte waardeketen.

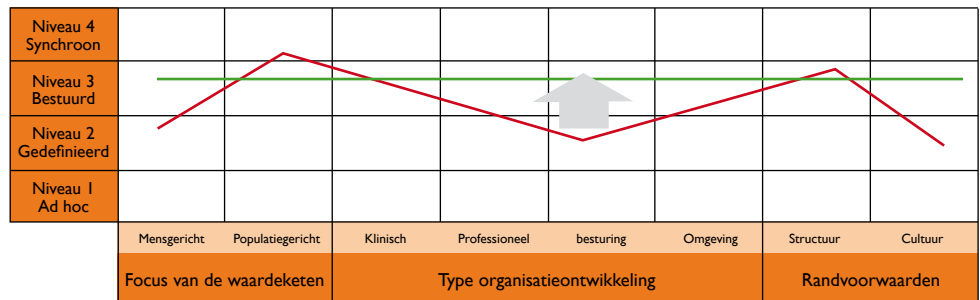
Niveau 3: Bestuurd

Binnen het derde ontwikkelniveau zijn de samenwerkingsafspraken verder geprofessionaliseerd. De organisatie werkt met uniforme processen, procedures en systemen rondom de meest voorkomende aandoeningen (segment 2). De verschillende professionals binnen de organisatie wisselen informatie uit en werken georganiseerd samen aan de gezondheid van een lokale populatie. De focus van de gehele organisatie begint zich steeds meer te richten op de populatiegerichte waardeketen.

Niveau 4: Synchron

Op het hoogste niveau van ontwikkeling is de organisatie goed ingebed in het lokale netwerk. De organisatie heeft er partners uit de lokale omgeving bij betrokken om met elkaar de mens- en populatiegerichte waardeketen te optimaliseren. Systemen, processen en procedures zijn daarbij zowel intern als met de partners goed op elkaar afgestemd. Gezamenlijk worden de Triple Aim doelstellingen voor de populatie gerealiseerd (lagere kosten, verbeterde ervaren kwaliteit van zorg en een gezondere populatie).

Met behulp van een **Eerstelijns Maturity Model Index** kan kwantitatief worden vastgesteld in hoeverre de organisatieontwikkeling in de verschillende hoofdpijlers gelijk loopt.



Figuur 1: Eerstelijns Maturity Model (EMM)[©]



Jan van Es Instituut

Het Jan van Es Instituut richt zich specifiek op de organisatie van de eerstelijnszorg. Wij zijn ervan overtuigd dat een goed georganiseerde eerste lijn leidt tot betere zorg tegen lagere kosten. Daarbij is de weg naar succes voor iedere organisatie of samenwerkingsverband uniek!

Dit position paper biedt u een handreiking om aan de slag te gaan met het bouwen van een financieel toekomstbestendige organisatie of samenwerkingsverband. Het Jan van Es Instituut kan u helpen bij het realiseren van dit toekomstperspectief. Wij leveren op basis van gefundeerde kennis in korte tijd een solide business case op maat voor de inrichting van segmenten 2 en 3 voor uw organisatie of samenwerkingsverband. De business case bestaat uit de volgende stappen:

1. **Populatie- en organisatie diagnose**
2. **Opstellen business case**
3. **Rapportage en advies**

Daarbij kijken we niet alleen naar de actuele situatie, maar ook naar het toekomstperspectief op basis van de risico's in uw (patiënten)populatie. U krijgt zicht op wat de kansrijke interventies en projecten zijn voor een substantiële kostenbesparing. Op basis van deze business case krijgt u een op maat gesneden advies over de vervolgstappen voor uw organisatie of samenwerkingsverband. Daarnaast biedt de business case een gefundeerde basis voor onderhandelingen met zorgverzekeraar(s) en gemeente(n).

Graag willen we samen met u de uitdaging aangaan om de hooggespannen toekomstverwachtingen rondom uw organisatie te realiseren. Heeft u interesse om met deze aanpak aan de slag te gaan? Of wilt u graag meer informatie? Neem dan contact op met het Jan van Es Instituut via info@jvei.nl

Contact

Jan van Es Instituut
Randstad 2145-a
1314 BG Almere
T. 036 – 7670360
E. info@jvei.nl
I. www.jvei.nl

